

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 146

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques LESCURE

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie} ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

5.4.1

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 144

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques LESCURE

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président: M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{te} ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

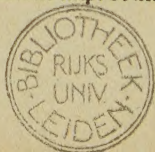
LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	LESGREZ
Bactériologie	DEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	LEJARS
	HARTMANN
Clinique chirurgicale	GOSSET
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	J.-L. FAURE
Clinique gynécologique.	AUGUSTE BROCA
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ
Clinique thérapeutique.	SEBILEAU
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	PIERRE DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT
Clinique propédeutique.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE,

*faible hommage de respect filial
et de profonde reconnaissance,*

A MA MÈRE,

*en témoignage de ma profonde
affection,*

A MES SŒURS,

A la MÉMOIRE de mes CAMARADES
et de mes AMIS tombés glorieusement au Champ
d'Honneur,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Médecin des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Doyen de la Faculté de Médecine

*Nous le prions d'agréer l'expression
de notre respectueuse reconnais-
sance pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la Prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAUCLAIRE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL
Médecin de l'Hôpital Tenon

A MON MAITRE LE DOCTEUR HARET

Chef du Service Central de Radiologie de Lariboisière

*Qu'il nous soit permis de lui exprimer
ici notre bien vive reconnaissance
pour les premiers enseignements
qu'il nous a donnés en radiologie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLEIG

Ancien Chef de Laboratoire radiologique à l'Hôpital S'-Louis

*En témoignage de vive gratitude
et de profonde reconnaissance pour
l'accueil bienveillant et les conseils
qu'il n'a cessé de nous prodiguer
au cours de notre tâche.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU Diagnostic Radiologique de l'Appendicite chronique

INTRODUCTION

La lecture et l'étude des nombreux travaux auxquels a donné lieu l'appendicite chronique, nous montre combien son diagnostic paraît délicat. C'est qu'en effet si la crise d'appendicite aiguë donne lieu à des signes nets et souvent pathognomoniques, l'appendicite chronique au contraire se révèle par une symptomatologie plus difficile pouvant simuler la plupart des affections abdominales et la variété même des formes décrites montre suffisamment la complexité de la question. Et si quelquefois dans les antécédents du malade, on peut arriver à mettre en évidence une crise typique capable de nous mettre sur la voie du diagnostic, le plus souvent on ne constate que des troubles vagues. C'est ce que certains auteurs ont appelé l'appendicite chronique d'emblée.

Mais alors en raison même du peu de spécificité des signes cliniques, il faut se garder d'attribuer à un appendice malade des symptômes dus à une tout autre cause, donnant lieu à ce que l'on a appelé tout récemment les fausses appendicites.

C'est ce qui nous explique les différentes opinions

qui se sont succédées depuis l'époque où Talamon, Dieulafoy, Brun, Ewald, Siredey, Comby, Broca, en France, Roswing, Klemm, Karewitz, à l'étranger, étudiaient l'appendicite chronique du point de vue anatomo-clinique jusqu'au jour où Lejars, Lane, Duval, Lenormand, Leveuf, Grégoire, Enriquez, Antoine, de Martel, etc., essaient de préciser son étude en éliminant ce que Dieulafoy appelait « l'appendicite microscopique » et en étudiant de plus près toutes les affections abdominales pouvant donner lieu à une symptomatologie analogue. C'est là ce que Bensaude qualifie « une des questions les plus complexes de la pratique médico-chirurgicale ». Aussi nous ne prétendons pas l'étudier ici. Cependant, étant donné les difficultés de diagnostic souvent très grandes qui peuvent se présenter en présence d'un malade suspect de lésions appendiculaires, aucune méthode d'investigation ne devant être négligée, il nous a paru intéressant de passer successivement en revue et de préciser les quelques signes que peut nous fournir l'examen radiologique pour arriver plus sûrement au diagnostic d'appendicite chronique.

CHAPITRE PREMIER

Principales méthodes d'examen

Plusieurs méthodes ont été préconisées pour rendre l'appendice, ou tout au moins la région appendiculaire, visible aux rayons X. Nous allons les passer rapidement en revue pour essayer ensuite de dégager celle qui, à notre avis, donne les meilleurs résultats.

La première en date est l'emploi du lavement opaque — c'est d'ailleurs la méthode la plus fréquemment utilisée pour l'examen de la partie terminale du tube digestif. — La quantité moyenne de liquide nécessaire pour remplir le côlon jusqu'au cœcum est de 15 à 17.0000 cmc. Autrefois on utilisait des boks munis d'appareils agitateurs électriques ou autres qui maintenaient l'homogénéité du lait bismuthé. Depuis que Bensaude et Terrey ont fait connaître le sulfate de baryte gélatineux en précipité à 50 % les appareils agitateurs ont pu être abandonnés. Il suffit d'injecter à l'aide d'un bock 1.770 cmc. de la mixture suivante :

Sulfate de baryte en précipité gélatineux à 50 % 400 gr.

Eau 1000 cmc.

Avant d'administrer ce lavement il est bon de bien vider l'intestin. On ne saurait trop recommander aussi de le donner sous faible pression. Cette méthode peut rendre des services dans certains cas. Elle permet, en effet, de voir immédiatement la région cœcale sans attendre la traversée complète du tube digestif par un repas opaque. Parfois encore elle vient

heureusement compléter les résultats donnés par celui-ci lorsqu'il s'agit par exemple d'éliminer le diagnostic d'appendicite chronique au cours des affections du gros intestin ; mais elle fait naître quelquefois des causes d'erreurs d'interprétation. De plus comme nous le verrons plus loin, dans le cas d'appendicite chronique, l'étude du transit digestif complet peut être très utile et très féconde en renseignements divers. C'est donc le repas opaque qui sera le plus fréquemment et presque exclusivement employé.

Quoique ce soit encore le repas classique qui est le plus souvent donné par les radiographes, nous ne pouvons passer sous silence une nouvelle composition de la bouillie opaque recommandée depuis 1918 par les auteurs Américains. Cette différence porte d'ailleurs plutôt sur la qualité du véhicule employé que sur le sel opaque lui-même. Voici cette technique telle qu'elle est recommandée par Spriggs :

On purge le malade 36 heures avant le repas, avec de l'huile de ricin de préférence. On fera ensuite absorber 425 grammes de « Butter Milk » ou babeurre mélangé à 150 grammes de sulfate de baryum. Pour d'autres auteurs tels que Pfahler, Gonzalez-Campo, le repas devra être encore plus fluide et comprendre une proportion encore plus grande de « Butter Milk » Cette méthode améliorerait considérablement la visibilité de l'appendice.

Il est certain que la statistique donnée par Spriggs qui assure que le nombre des cas dans lesquels l'appendice était devenu visible était passé de 24 à 86 % est à considérer. Mais il faut tenir compte que pour arriver à un tel résultat il est nécessaire de faire des examens radiocopiques et même des radio-

graphies : épétées tous les 1/4 d'heures entre la sixième et la quatorzième heure après l'absorption du repas opaque. Et encore faut-il bien repérer le temps très court pendant lequel l'appendice est visible.

Certes, il est des cas où cet examen ne manquerait pas d'intérêt, mais d'une façon générale, comme nous le verrons plus loin, ce n'est pas l'appendice lui-même mais toute la région appendiculaire qui attirera surtout notre attention. Aussi étant donné l'impossibilité où l'on se trouve souvent de faire des examens si fréquemment répétés et la difficulté assez grande de se procurer le babeurre, pour un résultat ne présentant pas un intérêt capital, cette méthode n'a pas gardé beaucoup de partisans en France.

Et c'est le même repas classique qu'on fait absorber pour l'examen du tube digestif qui nous servira à rendre visible la région appendiculaire.

On peut se servir indifféremment de préparations bismuthées ou barytées. Celles ci présentent l'avantage d'être moins chères, presque aussi opaques et absolument inoffensives lorsqu'elles sont pures, ce qui s'obtient facilement. La substance la plus commode à employer est le sulfate de baryte de consistance gélatineuse ou crémeuse actuellement préparé par diverses maisons et qu'on trouve très facilement dans le commerce .

La composition et la manière d'administrer ce repas ne varie guère avec les auteurs.

Nous estimons qu'il doit satisfaire à plusieurs conditions.

a) être suffisamment abondant pour permettre l'examen de la traversée digestive complète ou au moins de tout le gros intestin ;

b) être facile à prendre, de goût agréable pour éviter

les spasmes gastriques qui pourraient orienter vers des diagnostics erronés ;

c) contenir des substances nutritives afin de mettre en jeu les phénomènes physiologiques de la digestion et de montrer le fonctionnement réel du tube digestif à l'égard des substances alimentaires. Enfin, comme il est très important, pour éviter toute cause d'erreur d'interprétation dans la visibilité de l'appendice, d'avoir une vue simultanée de la région cœcale et de la terminaison de l'iléon, on fera absorber ce repas en plusieurs fois. C'est ainsi que nous avons utilisé avec bon résultat la crème au chocolat ou au cacao battue et mélangée avec 250 gr. de sulfate de baryum gélatineux que nous faisons prendre en deux fois douze et huit heures avant l'examen.

Weil recommande la méthode suivante :

100 grammes de sulfate de baryte gélatineux à 7 heures du soir au moment du repas, 200 grammes dilués dans un verre d'eau à minuit, l'examen ayant lieu le lendemain matin à 9 heures.

Ronneaux donne à deux reprises différentes 100 gr. de sulfate de baryum crémeux dans 150 cmc. d'eau, douze et huit heures avant l'examen.

Guttman recommande la méthode suivante employée depuis longtemps dans le service de M. Enriquez :

200 grammes de sulfate de baryum dilué dans un peu d'eau sucrée administrés en 5 fois 9-13 et 17 heures avant l'examen.

On voit donc que, à part quelques variations de détail, c'est le principe d'un repas composé de 200 grammes de sulfate de baryum environ, dilués dans un véhicule approprié, de goût agréable, administré en deux ou trois fois avant l'examen, qui paraît avoir donné les meilleurs résultats.

A quel moment doit-on examiner la région appendiculaire ?

Pour l'appendice lui-même la question n'est pas encore résolue puisque pour certains auteurs Américains celui-ci s'emplit entre la quatrième et la sixième heure tandis que pour d'autres ce serait entre la treizième et la quinzième heure. C'est donc extrêmement variable.

Pour ce qui est de la région cœcale, Spriggs donne un intervalle de temps compris entre la 5^e et la 24^e heure avec meilleure image entre la 12^e et la 14^e heure.

Tout en tenant compte de certains cas particuliers, on peut dire que le meilleur moment pour rechercher et examiner la région appendiculaire est le laps de temps compris entre la 6^e et la 12^e heure — en admettant que l'évacuation gastrique et celle du grêle ne soient pas exagérément retardées — Il est assez habituel de constater que, même si le cœcum est complètement opaque, cinq heures après le repas baryté le tractus appendiculaire ne commence à se dessiner, quand il est visible, qu'une heure ou deux plus tard. D'autre part, aux environs de la 7^e ou de la 8^e heure, on a toute chance si le repas a été pris en deux fois, d'apercevoir en même temps sur l'écran l'anse iléo-cœcale.

Le double avantage qui en résulte est : la certitude d'éviter l'erreur (qui a été signalée dans quelques cas de stase iléale) de prendre l'ombre des derniers centimètres de l'iléon pour l'ombre appendiculaire, et aussi la possibilité d'apprécier les rapports réciproques des trois segments, les adhérences qu'ils ont pu contracter, soit entre eux, soit avec les organes voisins.

Quelle sera la position à donner au sujet pour un examen complet de la région cœcale ?

Ici on peut encore se placer à un double point de vue : d'une part, la recherche de la visibilité de l'appendice et d'autre part, la recherche des points douloureux de la mobilité etc....

Dans le premier cas, Spriggs recommande comme position de choix le décubitus dorsal, quelquefois le décubitus semi-latéral, dans le cas d'appendice rétrocœcal, exceptionnellement le décubitus ventral. Et il ajoute : « quand le cœcum est logé dans le petit bassin, l'examen est rendu difficile mais on peut fréquemment l'en faire sortir et l'amener dans la fosse iliaque droite soit en insufflant le rectum, soit en pratiquant la manœuvre suivante : on couche le sujet sur le côté droit et on le prie de se retourner lentement sur le dos en respirant profondément. Quand il est près de la position en décubitus dorsal, on masse profondément l'abdomen en remontant du pubis à la crête iliaque »

Desterne et Baudon, recommandent la technique suivante : placer le sujet dans la décubitus de préférence abdominal et même en plan incliné dans la position de Trendelenbourg. Dans cette position on pourrait avoir assez souvent une image radiographique de l'appendice à condition de faire passer le rayon normal en dedans du cœcum, sur la ligne médiane et assez bas à la naissance du sacum. Dupuy de Frenelle et Mahar, pour bien se rendre compte si les régions douloureuses coïncident avec les ombres cœcales, marquent avec un index métallique le point où ils croient sentir le cordon appendiculaire douloureux. Ils le fixent avec du leucoplaste, marquent de même l'épine iliaque antéro-supérieure et le bord supérieur des poils du pubis, couchent le sujet à plat ventre et font arriver le rayon normal

sur le rebord supérieur de l'échancrure sciatique. Cette méthode leur permettrait de bien préciser le siège de l'angle iléo-cœcal et de voir si cet angle correspond au repère placé au point douloureux. Il faut, bien entendu, une immobilité absolue du sujet, des radiographies rapides et souvent répétées.

Quoique cette méthode ait été assez perfectionnée par l'emploi du butter milk et des doubles films, nous préférons de beaucoup associer la palpation à l'examen radioscopique et ici nous avons rejeté l'emploi de la cuillère de bois qui pouvait avoir une certaine utilité pour dégager et maintenir en place l'appendice dans le cas de radiographies multiples. Nous lui préférons le palper manuel direct qui certes est un peu plus dangereux pour le radiographe malgré l'emploi de gants de plomb suffisamment épais, mais qui donne des renseignements plus précis.

Nous ferons donc des radiogrammes en mettant le malade dans la position debout et couchée suivant la technique bien précisée par Laroche, Brodin et Ronneaux :

« Le malade est d'abord examiné debout; la position et la forme du cœcum sont repérées sur un calque pris en orthodiagraphie et comprenant en même temps les repères fixes osseux, c'est-à-dire, les crêtes iliaque, et les épines iliaques antéro-supérieures, et des repères mobiles, l'ombilic et les deux diaphragmes en un temps respiratoire quelconque, mais non forcés inspiration ou expiration.

Le cœcum est palpé sous l'écran pour apprécier sa mobilité et sa visibilité, la localisation du point douloureux clinique est faite d'une façon précise en orthodiagraphie par rapport au cœcum

Quand ce repérage est fait, le malade est examiné

en position couchée. Dans certain cas il est même bon de mettre le malade en position de Trendelenbourg. Dans cette position, la masse abdominale toute entière s'élève vers le thorax. Le diaphragme subit un déplacement de plusieurs centimètres. Le foie monte avec le diaphragme droit. L'image cœcolique droite s'allonge et remonte de façon variable suivant les cas. Le colon transverse remonte également et l'angle colique droit s'ouvre davantage à moins qu'il ne soit fixé par des adhérences ou qu'il existe une membrane de Jackson atypique ou une autre anomalie de suspension.

Un nouvel orthodiagramme est pris dans cette position dans le même temps respiratoire que le premier, en ayant soin de noter exactement les mêmes repères osseux et les repères mobiles précédemment pris en position verticale : on dessinera les contours du cœcum, du colon ascendant et du transverse, ainsi que la localisation des points douloureux par rapport à ces organes que l'on obtiendra par la palpation sous l'écran.

La superposition des deux orthodiagrammes sera alors faite en ayant soin que les repères osseux fixes, c'est-à-dire, les crêtes iliaques et les épines iliaques antéro-supérieures, coïncident exactement. Elle permet de se rendre compte des déplacements des organes des points douloureux et des rapports variables ou non qui existent entre eux, etc... Cette technique est d'ailleurs aujourd'hui devenue classique et comme l'avait dit Guttman : « examiner un malade debout sans faire l'examen couché, c'est faire l'inventaire des signes intéressants qu'on pourrait trouver et ne pas les chercher. »

C'est donc suivant cette méthode que nos malades

seront examinés. Nous y joindrons quelquefois l'examen en position oblique qui permet souvent d'apercevoir l'appendice rétro ou antéro-cœcal, qui n'est pas vu de face sans des manœuvres de palpation qui peuvent être douloureuses.

CHAPITRE II

L'appendice normal. — Principaux signes radiologiques de l'appendicite chronique

Nous voici donc dans les meilleures conditions pour faire l'examen radioscopique d'une appendicite chronique.

Mais avant d'étudier les divers signes qui nous amèneront au diagnostic, nous croyons utile de dire deux mots sur la manière dont se présente un appendice normal quand il est visible, et ensuite de rechercher si cette visibilité ou non visibilité peut être considérée à tort ou à raison comme un signe d'appendicite.

Les principaux signes qui montrent qu'un appendice est sain, sont avant tout : sa mobilité, l'absence de douleur à la pression, la régularité de son calibre, l'absence de spasmes et de contractions énergiques. Sa forme peut être quelquefois contournée et irrégulière du fait de la disproportion entre sa longueur de diverticule et celle de son méso qui est parfois très réduite. Quand aux dimensions, elles sont fort variables, sans relation avec celles du cœcum. La base est ordinairement plus étroite. Ajoutons qu'un appendice normal, quand il est visible, s'emplit à peu près en même temps que le cœcum. Il peut, chez les jeunes sujets, se vider et s'emplir plusieurs fois de suite pendant le temps où le cœcum demeure plein. Cependant on peut constater le retard à l'emplissage chez un appendice *sain*. Ce n'est donc pas

un signe pathologique. En est-il de même de sa visibilité ou de sa non visibilité ?

De nombreux radiologistes américains, après avoir appliqué la méthode d'examen déjà mentionnée, ne craignent pas d'affirmer qu'avec leur technique on doit obtenir l'emplissage de l'organe dans tous les cas, excepté lorsque la lumière est obstruée. Or, quand cette éventualité se présente, elle serait due, soit à un vieux processus inflammatoire, soit à une coudure, soit à la présence de mucus ou de concrétions fécales, toutes causes indiquant un état pathologique de l'organe.

Au contraire, Georges E. P. Phahler, de Philadelphie, considère que la perméabilité de l'appendice à la bouillie opaque est toujours pathologique.

Entre ces deux opinions extrêmes, que faut-il penser ?

La majorité des médecins et radiologistes français qui ont étudié la question et en particulier Laroche, Brodin, Ronneaux, Guttmann, Fleig, Lebon etc.... concluent que la visibilité ou la non visibilité ne peut être un élément de diagnostic de l'appendice chronique.

C'est qu'en effet, si chez le tout jeune enfant, l'appendice constamment plein de méconium s'ouvre largement dans le cœcum, chez l'adulte, il ne communique plus avec le gros intestin que par un orifice étroit et arrondi, voilé par un repli semi-lunaire de la muqueuse et il est certain que, bien qu'insuffisante, la valvule qui se trouve à l'entrée de l'appendice cœcal, empêche souvent le bismuth de pénétrer dans son intérieur.

D'autre part, même s'il est rempli à la suite d'un repas bismuthé, l'appendice peut ne pas être visible

étant donnée la variabilité de sa direction et de sa situation. C'est ainsi par exemple que Jalaguier distingue 5 types d'appendice : iléo cœcal, antérieur, postérieur, pelvien et abdominal tandis que d'autres auteurs en reconnaissent 4 variétés : ascendant, descendant, interne et externe pour Testut ; subiliaque, pelvienne, précœcale, préiliaque pour Vignard.

Mais, dans la seule incidence antérieure, seuls sont perceptibles les appendices sous-cœcaux ou latéro-cœcaux dont la projection se détache nettement de l'ombre du cœcum. Or, le diverticule appendiculaire est bien plus souvent rétro-cœcal, dirigé en arrière et en haut, derrière le cœcum qui le masque entièrement de son ombre dans une vue antérieure et même postérieure de face. Bien plus, grâce à une disposition particulière du méso de l'appendice, ce dernier est parfois complètement accolé à la paroi postérieure du cœcum et n'en peut être dissocié. Il est évident que dans les conditions il n'est guère possible de l'apercevoir sauf, lorsque la maigreur du malade s'y prête, dans une incidence latérale tout à fait de profil.

Cependant Fleig, sur 100 fiches radiologiques prises au hasard chez des malades non suspects d'appendicite chronique, trouve 87 cas dans lesquels la visibilité de l'appendice est signalée.

On peut donc dire que, si dans la majorité des cas, l'appendice, qualifié d'ailleurs par Guttman de « simple curiosité radiologique », est visible chez l'individu normal, on ne peut pas considérer sa non visibilité comme vraiment anormale et ayant par suite une valeur en tant que signe pathologique.

Sur quels signes devons-nous alors nous baser pour établir notre diagnostic ?

Si l'on étudie les malades au point de vue clinique, c'est par la douleur dans la fosse iliaque droite que l'attention est attirée et c'est d'après la localisation exacte de cette douleur que sera basé souvent le diagnostic d'appendicite chronique. A tel titre que Glenard avait proposé le mot « d'appendicalgie » pour qualifier cet état pathologique.

Et depuis longtemps déjà les auteurs, se basant sur ce syndrome, ont recherché et décrit toute une série de points douloureux correspondant à l'appendice malade.

Le premier en date et le plus connu, est le point de Mac Burney, situé au milieu de la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Ce point diffère d'ailleurs légèrement du point décrit par l'auteur Américain lui-même, celui-ci étant situé un peu plus en dehors, à peu près à l'union de $\frac{1}{3}$ externe et du $\frac{1}{3}$ moyen de cette même ligne. Puis furent décrits successivement le point de Lanz à l'union du $\frac{1}{3}$ droit et du $\frac{1}{3}$ moyen de la ligne bi-iliaque ; le point de Monro à l'intersection de la ligne ilio-ombilicale avec le bord externe du muscle grand droit ; le point de Clado à l'union du bord externe du muscle grand droit avec un perpendiculaire aboutissant à un centimètre au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette diversité des points décrits a naturellement attiré l'attention des anatomistes et toute une série de recherches dans le détail desquelles nous ne pouvons pas entrer, furent faites notamment par Lejars en 1905 et 1906, par Delbet, par Caraven, par Garau en 1910. D'où il résulta notamment que le point de Mac Burney ne correspondait plus à l'appendice mais à une région située un peu au dessous de lui,

sous l'angle ilio-cœcal, au niveau du bord interne du cœcum.

Quand aux autres points, toute une statistique a été établie pour rechercher à quel organe ou plutôt à quelle partie d'organe abdominal ils correspondaient. On s'aperçut alors d'une assez grande diversité dans ces rapports topographiques et si, dans les $\frac{2}{3}$ des cas environ, les points envisagés répondaient à l'appendice, il arrivait aussi parfois qu'ils n'avaient avec lui qu'un rapport assez éloigné.

En réalité rien ne peut être absolu dans ces recherches. Il faut tenir compte, en effet, de plusieurs facteurs qui font que toute localisation anatomique ne peut avoir toute la précision désirable. C'est d'abord la mobilité relative de toute la masse intestinale, y compris le cœcum, qui fait que les rapports topographiques des points douloureux décrits varieront avec les sujets d'abord, et, pour un même sujet, avec le moment de l'examen. C'est ensuite le peu de fixité des rapports réciproques entre les points de repère, crête iliaque et surtout ombilic dont la situation relative varie sensiblement suivant les sujets examinés.

Il est donc impossible d'accorder une valeur absolue à chacun de ces points. Aussi dès qu'on put utiliser la palpation sous le contrôle de l'écran, des recherches furent effectuées, qui d'abord confirmèrent le peu de valeur des repères déjà décrits, et qui ensuite permirent de préciser les points douloureux dans l'appendicite chronique.

Et déjà Lebon en 1914, puis successivement Gonzalez Campo, Dupuy de Frenelle, Spriggs, Guttmann, Fleig, etc..., attirèrent l'attention sur les rapports du point douloureux abdominal avec la région cœcale dans le cas d'appendicite chronique.

Or, comment constater la douleur au niveau de l'appendice puisque, comme nous venons de le dire, celui-ci n'est pas toujours visible et, quand on peut l'apercevoir, c'est dans des conditions telles que toute recherche est souvent impossible ?

Aussi ce n'est pas l'appendice lui-même dans toute sa longueur que nous chercherons à repérer, mais surtout son embouchure. Et ici nous avons un point de repère précieux : c'est l'angle iléo-cœcal un peu au-dessous duquel vient justement s'aboucher l'appendice.

Il est donc de tout intérêt de bien voir cet angle et c'est dans ce but que nous donnons le repas baryté en deux fois pour apercevoir dans un même moment le cœcum et l'abouchement de l'iléon dans le cœcum.

Le malade étant ainsi préparé, est couché sur la table d'examen radioscopique. Nous lui faisons d'abord localiser le siège de la douleur spontanée, ce qui peut nous donner quelquefois un premier renseignement. Certains radiographes ont proposé, après vérification par la palpation, de fixer ce point par un index métallique et d'établir ensuite par une radiographie à quelle partie de l'intestin correspond ce repère. Cette méthode est aujourd'hui abandonnée parce que peu précise. Il suffit, en effet, que le rayon normal ne passe pas exactement par l'index métallique pour avoir des erreurs de diagnostic. Aussi, c'est surtout par la palpation sous le contrôle de l'écran que nous cherchons à découvrir le point douloureux et à préciser ses rapports avec la région cœcale. C'est ainsi que Lebon, en 1914, décrivait comme signe d'appendicite chronique, la douleur montant le long du bord externe du colon ascendant ou le long de son bord interne, s'éloignant quelque-

fois de lui, mais partant presque toujours du cœcum.

Certes, la douleur en ce point n'est pas à négliger et doit déjà fixer notre attention. Et nous ne pouvons partager l'avis de certains auteurs qui, au contraire, prétendent que le cœcum dans son ensemble ne doit pas être douloureux à la palpation dans le cas d'appendicite chronique.

Mais pour que cette douleur cœcale ait vraiment une valeur diagnostique, il faut qu'elle présente son maximum au niveau de l'insertion de l'appendice, c'est à-dire à 1/2 centimètre environ au dessous et en dedans de la valvule iléo-cœcale, à deux ou trois centimètres au dessus du bas fond cœcal.

C'est donc à ce point précis qu'il nous faudra la rechercher et si quelquefois nous trouvons en même temps un cœcum indolore, dans la plupart des cas, nous le trouvons sensible à la pression, sans cependant donner à ce signe une plus grande importance qu'il ne comporte.

La localisation exacte du point douloureux par rapport à l'intestin sous-jacent est donc un signe d'une grande valeur diagnostique et nous avons pu confirmer en même temps par la radioscopie ce qu'avaient déjà montré les recherches anatomiques au sujet du point de Mac Burney. Nous avons constaté en effet, que si chez l'enfant ce point répond bien à l'appendice, chez l'adulte au contraire il répond assez souvent, soit au bord interne du colon ascendant, soit à l'angle hépatique ptosé, soit au pôle inférieur du rein droit. La palpation sous le contrôle de l'écran nous permettra donc d'éliminer toutes ces causes d'erreurs et de donner à ce point douloureux son origine véritable. Il ne nous reste plus qu'à confirmer ses rapports avec l'appendice malade.

Nous ferons donc passer le sujet à examiner de la position couchée à la position debout et nous chercherons dans cette nouvelle position si l'appendice coïncide toujours avec le point douloureux.

En général, la simple palpation sous écran suffit, le cœcum se déplaçant suffisamment au cours des changements de position du malade pour permettre d'éviter toute confusion. Cependant, lorsqu'il y a doute, on pourra recourir aux calques successifs pris dans les deux positions suivant la technique décrite par Laroche et Ronneaux. Trois cas peuvent alors se présenter : parfois le cœcum change de place et la douleur continue à coïncider avec lui, ce qui confirme le diagnostic.

Rarement le cœcum change de place mais la douleur reste fixe ou se déplace légèrement sans coïncider avec lui, auquel cas, la douleur répond à un autre organe abdominal vers lequel nous devons orienter nos recherches.

Enfin souvent le cœcum et la douleur continuent à coïncider sans se déplacer malgré le changement de position du malade.

Cette éventualité, qu'on peut en général prévoir dès la position couchée par le manque de mobilité active du cœcum à la palpation sous l'écran, nous montre simplement qu'il s'est produit des adhérences qui font qu'au symptôme douleur se superpose le manque de mobilité cœcale. C'est là le cas le plus fréquent.

Le cœcum peut en effet adhérer soit à la paroi, soit aux organes voisins. Il s'ensuit qu'on éprouve une certaine difficulté à le mobiliser.

C'est dans la position couchée que nous chercherons d'abord la mobilité transversale. Normalement celle

ci est peu étendue, mais dans les cas d'appendicite chronique les tentatives de mobilisation sont plus difficiles et plus douloureuses. La mobilité dans le sens vertical peut déjà être recherchée par la palpation dans cette position; mais c'est surtout en faisant passer le malade de la position debout à la position couchée que nous pourrions l'apprécier.

D'ailleurs il faut être très prudent dans les conclusions qu'on serait tenté de tirer du défaut de mobilité cœcale. C'est ainsi, par exemple, que certains cœcums distendus et stasiques, sont aussi peu mobiles que possible. Mais si après avoir fait cette constatation radiologique, nous faisons aller le malade à la selle soit à l'aide d'un petit lavement de bile, soit à l'aide d'un suppositoire, nous constatons, aussitôt après, que le cœcum plus ou moins vidé de son contenu, est instantanément bien plus mobile et aussi moins sensible à la pression.

C'est ainsi encore que tous les cœcums bas situés et rapprochés de la ligne médiane, ne sont pas ou sont difficilement mobilisables à cause, précisément, de leur position que ne permet pas de les accrocher avec les doigts. Mais si nous mettons le malade en position de Trendelenbourg, nous constatons que ces appendices remontent presque toujours de 4 à 6 centimètres.

D'où la nécessité d'examiner le malade dans les différentes positions déjà données pour la recherche des points douloureux et d'étudier le mouvement d'ascension du cœcum en faisant passer le malade de la position debout à la position couchée d'abord, et dans certains cas comme celui cité plus haut, dans la position de Trendelenbourg. Ronneaux propose, pour bien préciser cette ascension, de la comparer à celle de la masse abdominale toute entière.

Il mesure le déplacement du diaphragme droit et le compare à la mesure du déplacement du bas fond cœcal. Si le nombre de centimètres d'ascension est inférieur ou égal à celui qui mesure le déplacement du diaphragme droit, on peut conclure à la possibilité d'adhérences fixant le cœcum à la paroi. Si au contraire le cœcum est franchement remonté d'un nombre de centimètres supérieur à celui mesurant le mouvement d'ascension du foie et du diaphragme, on conclura à l'absence d'adhérences à la paroi.

Nous estimons qu'il faut être un peu plus réservé dans l'interprétation de cette mobilité. Certes, dans le cas d'un appendice douloureux qui ne se déplace pas ou se déplace très peu en faisant passer le malade de la position debout à la position couchée; il y a de fortes probabilités pour que nous nous trouvions en présence d'adhérences. Mais dans d'autres cas, à signes cliniques moins nets, la diminution de la mobilité, seule, ne constitue pas un signe suffisant pour que nous en tirions des conclusions aussi absolues.

C'est ainsi que parfois, on peut se trouver en présence de dispositions anormales par accollement congénital qui peuvent empêcher toute mobilité.

Parfois encore, comme nous l'avons décrit plus haut le cœcum peut être tellement bas situé dans le petit bassin que la position de Trendelenbourg ne suffit pas à le déplacer.

Cependant une image du cœcum restant fixé au cours des changements de position donnés au malade est en général un signe de présomptions sérieuses en faveur d'adhérences. Et ceci d'autant plus qu'il peut s'y joindre parfois des modifications dans la forme de l'image radiologique qui montrent la participation des organes voisins au processus inflam-

matoire : intestin lui-même, et surtout ovaires et trompes. Plusieurs formes radiologiques peuvent se trouver ainsi réalisées soit quelquefois par adhérence du transverse ptosé au cœcum, le colon ascendant et la première partie du transverse étant libre soit en canons de fusil par adhérence du transverse ptosé à une partie du colon ascendant et du cœcum. Il peut arriver encore que celui-ci paraisse comme étranglé par une bride, ou bien qu'il s'étire lorsqu'on fait passer le malade de la position debout à la position couchée, l'extrémité inférieure étant fixée.

On constate aussi parfois l'existence d'image cœcale en damier avec zones alternativement claires et opaques, dues à ce que le cœcum, maintenu béant par des adhérences, ne peut se mouler sur son contenu solide comme à l'ordinaire. Lorsque l'intestin grêle et notamment la dernière partie de l'iléon, est intéressée, on constate soit des dispositions anormales, soit de la stase iléale sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs plus loin. Et tous ces aspects particuliers reflètent radiologiquement ce que Guttman, Antoine, de Martel etc.. ont appelé la périviscérite du carrefour intérieur.

Quelquefois même l'inflammation, plus étendue, englobe l'estomac et l'angle pylorique, donnant alors les signes de la périviscérite du carrefour supérieur sur laquelle nous reviendrons à propos du diagnostic différentiel de l'appendicite avec les différentes affections pouvant siéger dans la moitié droite de l'abdomen.

Mais là n'est pas le cas le plus fréquent, et en général on peut dire que la recherche locale de la mobilité appendiculaire et ses rapports avec le point douloureux abdominal, suffisent presque toujours, non

seulement pour affirmer l'appendicite chronique, mais encore pour en préciser le pronostic et les indications opératoires

Il nous reste maintenant à passer en revue quelques petits signes surajoutés qui tous ont été décrits au cours de cette affection et que, étant donné leur manque de spécificité d'abord et leur variabilité ensuite, nous considérons comme symptômes radiologiques accessoires

Nous avons vu plus haut le peu de valeur qu'on devait attribuer à la visibilité ou à la non visibilité de l'appendice au point de vue pathologique. Nous n'y reviendrons pas ici. Nous ajouterons simplement que quelques auteurs ont voulu baser la présence d'adhérences sur le non remplissage de l'organe.

Il était cependant naturel qu'étant donné leur technique spéciale tendant à rendre l'appendice visible dans le maximum des cas, les auteurs Américains aient cherché à interpréter cette image appendiculaire, et notamment à étudier ses modifications de forme au cours de l'appendicite chronique. C'est ainsi que Spriggs accorde une certaine importance aux irrégularités de calibre. Nous ne croyons pas que ce soit un signe qui mérite de retenir beaucoup l'attention étant donné que nous avons pu constater chez des individus normaux un appendice irrégulier mais très mobile, non douloureux et ne donnant lieu à aucun trouble fonctionnel.

Mais il peut arriver aussi qu'une affection aigüe ou subaigüe exagère les contractions spontanées de l'appendice ou que, dans les cas chroniques, la présence de concrétions donne lieu à des contractions violentes. Cette hypercontractilité pathologique se distingue de la contractilité normale de l'appendice

par sa continuité. Tandis que les contractions normales, rares, rapides, ne sont vues que par chance, les autres, au contraire, durent tant que l'appendice est plein. La déformation produite par ce spasme peut alors durer plusieurs heures et sa présence est un signe nettement pathologique. On constate, dans ces cas, que l'appendice ne présente plus sa forme normale à extrémité élargie et à base effilée et que les particules du repas opaque sont isolées et limitées par des bords coupés à angle droit.

On doit envisager alors la probabilité d'un appendice malade, car il suffit d'une lésion minime, d'une simple érosion de la muqueuse, pour provoquer un spasme violent.

Ce n'est donc pas un signe à négliger lorsqu'il est nettement contestable, ce qui est malheureusement rare.

A cette question de la déformation de l'appendice se rattache celle des concrétions minérales. Et ici il faut différencier les concrétions anciennes des concrétions récentes. Celles-ci sont transparentes aux rayons X, contournées en totalité, ou seulement dans leur moitié proximale, par le repas opaque. Elles donnent des vâcuoles ou des images en v. Les autres au contraire, infiltrées de sels calcaires sont souvent visibles sans préparation. Elles donnent une ombre ovale régulière différenciable des ombres irrégulières des glandes calcifiées. On doit bien se rendre compte du siège appendiculaire de ces calculs et ceci pour éviter de les confondre d'abord avec un calcul urétéral ou rénal ce qui est en général assez facile, ceux-ci étant, comme nous le verrons plus loin, mobiles avec le rein dans les mouvements de respiration profonde qu'on fait effectuer au sujet ; ensuite, avec un calcul

•

biliaire en migration dans le grêle, ce qui est plus difficile. On doit, dans ce cas, dissocier soigneusement l'image de l'appendice de celle des anses grêles intérieures. D'ailleurs les calculs intestinaux sont bien plus calcaires que les biliaires, donc bien plus opaques ; de plus, comme nous l'avons dit plus haut, lorsqu'il s'agit de concrétions, l'appendice présente à leur niveau un calibre irrégulier et est fréquemment recourbé en crochet.

Que déduire de la présence de ces concrétions au point de vue pathologique ? Nous estimons, avec la majorité des auteurs, que si on ne doit tenir aucun compte des concrétions récentes, les concrétions anciennes doivent, au contraire, retenir notre attention. On peut, en effet, rapprocher leur formation de la production de calculs vésiculaires au cours de la cholécystite. Et l'on sait que les noyaux centraux de ces concrétions sont en général microbiens. Il paraît donc qu'on pourrait considérer la présence, nette et différenciée, de concrétions appendiculaires comme un bon signe d'ancienne appendicite à évolution lithiasique. C'est ce que Dieulafoy appelait la « lithiasie appendiculaire. »

Plus difficile à interpréter est le retard à l'emplissage, car, comme nous l'avons vu au début du chapitre, l'appendice n'est visible qu'au bout d'un temps variable, suivant les sujets d'abord, suivant la technique employée ensuite. Aussi n'a-t-on pu tirer aucune conclusion pathologique de ce signe.

Il n'en est pas de même de son retard à l'évacuation. C'est ainsi que, d'après Georges et Gerber, la stase dans le cœcum et surtout dans l'appendice doit toujours être tenue pour suspecte. Pour Spriggs également, un retard à l'évacuation assez considérable,

l'appendice restant plein 12 à 14 heures après l'évacuation du cœcum, est un signe d'hypocontractilité, très souvent consécutive à l'inflammation et à ses séquelles. Ce retard peut être plus grand. Il peut atteindre plusieurs semaines, et Spriggs lui-même déclare avoir observé un retard de 26 jours.

D'autres auteurs, comme Ronneaux, paraissent ne pas attacher d'importance à la rétention prolongée du repas opaque.

Gonzalez Campos et Campos de Los considèrent que la présence prolongée de sel opaque dans son intérieur peut être considérée comme une prédisposition à l'infection de l'appendice.

A la suite des recherches que nous avons effectuées à ce sujet nous sommes arrivés sensiblement aux mêmes conclusions et nous avons constaté que la stase appendiculaire est liée à la stase cœcale sans pour cela avoir de valeur diagnostique propre. Mais elle constitue certainement la meilleure condition pour l'éclosion d'une appendicite.

Cependant nous nous rallions aux conclusions déjà formulées par Spriggs qui ne conseille pas l'excision lorsqu'il n'existe qu'une stase modérée sans aucun signe pathologique.

Quelques auteurs et notamment Georges et Phahler ont signalé l'insuffisance de la valvule de Bauhin et la rétention du baryum par l'iléon plus de 24 heures comme un signe d'appendicite chronique.

Nous estimons, avec la plupart des auteurs, qu'on ne doit pas attacher une grande importance à ce signe. La stase iléale peut seulement avoir une certaine signification dans les cas rapportés plus loin de périviscérite du carrefour, mais encore faut-il qu'on constate en même temps certaines déformations

anormales, soit coudures, soit difficulté de la dissociation des anses grêles, auquel cas ce signe ne peut avoir que la valeur d'un signe accessoire signifiant la participation adhérentielle des organes voisins.

Quant à la stase cœcale, son interprétation est plus délicate car, si souvent elle est constatée au cours d'une appendicite chronique, elle peut se manifester aussi en dehors de toute lésion appendiculaire et ne donner lieu à aucun symptôme. Et surtout elle est presque constante, associée ou non à d'autres signes radiologiques, dans presque tous les cas de « fausse appendicite » que l'on a décrite et que nous verrons plus loin. Elle ne saurait donc être prise comme base de diagnostic d'une lésion appendiculaire.

D'autres auteurs et en particulier Gonzalez Campos ont voulu voir dans le spame du pylore provoqué par la compression de l'appendice un signe radiologique d'inflammation de cet organe. En réalité ce spasme existe dans la plupart des cas. Mais comme, d'autre part, nous l'avons trouvé dans des cas d'entérite banale et même dans les cas d'annexite avec légère réaction péritonéale, nous estimons qu'il ne peut pas servir à établir un diagnostic positif.

Cependant l'étude de la traversée digestive complète et notamment l'étude de la motilité gastrique est loin d'être inutile au cours de l'examen radiologique d'une appendicite chronique. Nous la considérons même comme indispensable pour confirmer notre diagnostic et surtout pour nous aider à établir le diagnostic différentiel avec diverses autres affections abdominales qui peuvent si souvent prêter à confusion et que nous allons maintenant passer rapidement en revue.

CHAPITRE III

L'examen radiologique et le diagnostic différentiel de l'appendicite chronique

Il ne nous appartient pas d'étudier ici toutes les formes cliniques d'appendicite chronique qui ont été décrites — forme dyspeptique, pseudo-membraneuse, pseudo-ulcéreuse, entéritique, hépatique, nerveuse, à type ovarien, urinaire, néphrétique, névralgique, etc. etc... Leur abondance même montre la complexité de la question.

D'autre part, nombreux sont les états pathologiques qui peuvent réaliser un syndrome clinique analogue à celui de l'appendicite chronique. Ceci suffit à expliquer la difficulté du diagnostic. Aussi aucune méthode d'examen ne doit être négligée. Mais nous ne saurions passer ici en revue toutes les affections abdominales qui peuvent simuler une lésion appendiculaire. Nous nous bornerons à signaler quelques cas où c'est surtout l'examen radiologique qui a permis, soit de diagnostiquer une appendicite méconnue, soit surtout d'attribuer à une autre cause pathologique un syndrome qui était jusqu'alors considéré comme étant dû à un appendice malade. Hâtons-nous d'ajouter que la première éventualité est beaucoup plus fréquente que la seconde.

Cependant Enriquez et Guttman ont résumé, en 1913, les observations de plusieurs malades qui étaient venus consulter pour une sciatique rebelle et chez lesquels, malgré une symptomatologie abdo-

minale à peu près inexistante, ils étaient arrivés à diagnostiquer une appendicite chronique latente seule responsable de l'algie de la jambe. Parmi ces malades, trois notamment avaient subi le contrôle de l'opération. Cette algie se traduisait par des signes dont les uns rappelaient ceux que Sicard a décrit dans la sciatique *a frigore*, et dont les autres s'en distinguaient et se rapprochaient de ceux qui le même auteur a décrits dans la para-sciatique.

Aucun malade n'avait parlé spontanément de douleurs abdominales. Quelquefois en fouillant leur passé, on trouvait de petites coliques banales. Par contre, par la palpation de l'abdomen, on trouvait une douleur provoquée, dans la région cœcale. En présence de ce syndrome on pratiqua l'examen radioscopique. Sous l'écran on put se rendre compte tout d'abord que la douleur légère réveillée par la pression correspondait à l'extrémité inférieure du cœcum. En second lieu, on put constater la fixité du cœcum par rapport au colon en faisant passer le malade de la position debout à la position couchée. Les opérations effectuées par Gosset, G. Labbey, et Tzank, interne de Arrou, ont confirmé les données de la radioscopie et ont permis de trouver un appendice malade et adhérent. La guérison de la sciatique fut complète dans deux cas, le troisième étant trop récent pour pouvoir juger.

Sont à rapprocher de ces fausses sciaticues d'origine appendiculaire les fausses coxalgies et nous pouvons, à ce propos, résumer ici une très intéressante observation de Babinski, Enriquez et Durand.

OBSERVATION I. — M.... Paule, 19 ans, fleuriste.

L'affection avait débuté en 1911 par une douleur vive

dans le genou droit qui oblige la malade à garder le lit deux mois.

Après une légère amélioration apparaît une douleur dans le hanche gauche.

La malade consulte en juillet 1911 à l'hôpital Lariboisière.

La radiographie ne donne aucune indication. On porte pourtant le diagnostic de coxalgie. On pratique l'extension continue. La malade est mise ensuite dans le plâtre pendant quatre mois. Comme elle souffre davantage, on la retire du plâtre et on l'envoie en convalescence au Vésinet. A ce moment-là le déhanchement apparaît. A sa sortie du Vésinet, elle est mise quelque temps au repos par un chirurgien, puis elle vient à la consultation le 12 juillet 1921. On constate alors des troubles de la marche. La malade ne marche qu'avec des béquilles, boîte très fortement avec un déhanchement extrêmement prononcé.

Debout, elle se tient bien si le poids du corps porte sur la jambe gauche, mais dès qu'elle se porte également sur les deux jambes, elle se déhanche à nouveau.

Couchée, la cuisse droite est portée en flexion et adduction prononcée. On constate de la contracture des muscles de la paroi abdominale et des lombes du côté droit.

Les mouvements passifs sont inégalement exécutés. L'abduction est difficile et douloureuse, l'extension de la cuisse est plus facile ; les mouvements de rotation ne provoquent cependant aucune douleur au niveau de la tête fémorale. On constate une sensibilité diffuse au palper de toute la fosse iliaque droite. La malade n'accuse aucune douleur spontanée. Elle ne souffre que lorsqu'elle est debout et qu'elle marche. Aucun signe de maladie organique du système nerveux. Les réflexes sont normaux.

La radiographie est négative. Il semble donc qu'on a affaire à une pseudo-coxalgie.

Le 1^{er} mars, à la suite de vomissements qu'avait eus la malade la veille, on pratique un nouvel examen qui décèle une douleur diffuse de la fosse iliaque droite sans

signe objectif net. Interrogée, la malade dit avoir déjà éprouvé une douleur dans cette région avec des vomissements auxquels on n'a pas attaché d'importance.

Elle est alors soumise à l'examen radioscopique dont voici les résultats :

Examen radioscopique du 19 mars 1912; après ingestion, la veille, de 90 grammes de carbonate de bismuth : En station verticale, cœcum gros, ptosé. La palpation profonde provoque à son niveau vers son extrémité inférieure une douleur vive. Dans le décubitus dorsal, le cœcum ne remonte pas et conserve une situation à peu près identique à celle observée dans la position debout. Il en est de même du coude hépatique du colon. En cherchant à remonter le fond du cœcum par pression digitale, on détermine une douleur nette. Un deuxième examen radioscopique fait le 27 mars 1912 avec lavement bismuthé donne des renseignements concordants : cœcum dilaté, ptosé, douloureux au niveau de son bas fond, ne remontant pas dans le décubitus dorsal. En rapprochant les renseignements fournis par la malade sur les douleurs autrefois éprouvées à la région iliaque droite, des phénomènes que nous venons de constater, on arrive à cette conclusion qu'il s'agit d'une appendicite déjà ancienne, avec cœcum fixé par des adhérences.

L'opération, pratiquée le 4 avril 1912, par le docteur Baumgartner a montré un appendice retro-cœcal, coudé, volumineux, retenu par des adhérences à la terminaison du mésentère. La malade se lève le 18 avril 1912 et quelques mois plus tard elle est complètement guérie. Un examen radioscopique fait le 24 juin 1912 montre que le cœcum toujours bas situé dans la station verticale, remonte verticalement et spontanément dans le décubitus dorsal.

Toute aussi intéressante est l'observation suivante de MM. Enriquez et Guttman que nous rapporterons encore plus brièvement :

OBSERVATION II. — Georges R..., âgé de 16 ans, rentre

à la Pitié pour douleurs dans l'articulation sacro-iliaque droite avec contractures des muscles antérieurs et extérieurs de la jambe. Celle-ci est en $\frac{1}{2}$ flexion et légère abduction. On constate de plus, une scoliose à concavité droite. La marche est possible, mais s'accompagne d'une forte claudication. Il existe un point douloureux très léger au niveau de la région appendiculaire.

Aux rayons X, on constate la fixité du cœcum et on vérifie la localisation appendiculaire de la sensibilité. Malgré l'absence de tout antécédent abdominal, on diagnostique une appendicite chronique et l'opération, faite par M. Baumgartner, confirme le diagnostic. Le malade est guéri et la guérison s'est maintenue absolue depuis un an.

Mais à côté de ces faits, relativement rares, où cependant le diagnostic a été presque exclusivement porté, et, en tous les cas, confirmé par l'examen radioscopique, on peut citer ceux, plus fréquents où c'est pour des troubles gastriques que le malade vient consulter — et l'on sait combien il est parfois difficile d'établir le diagnostic différentiel entre la dyspepsie due à des lésions de l'appendice et l'ulcère gastrique, à tel titre que Gosset a pu dire que « la plupart des ulcères de l'estomac sont à l'appendice ».

Ici encore le repas bismuthé permettra, d'un côté de mettre en évidence les modifications gastriques, et de l'autre de découvrir les lésions de l'appendice. Et à ce propos nous ferons remarquer que tandis que dans le cas de constipation chronique avec stase intestinale accentuée, on a souvent une importante augmentation du volume de l'estomac avec atonie gastrique, paresse du pylore et lenteur d'évacuation pouvant donner lieu à une « fausse sténose » d'origine entéritique, dans le cas de crises d'entérite ou d'une lésion irritative de l'intestin avec appendicite subaigüe, on constate au contraire un état spasmodique de l'estomac ou du pylore. Aussi le diagnostic est quelquefois délicat. Cependant l'examen local de la région appen-

diculaire permet dans presque tous les cas de préciser le diagnostic comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION III. — Madame N..., 32 ans, vient à la consultation en août 1922, pour douleurs à l'estomac, élancements et brûlures, avec vomissements et éructations cependant sans rapport avec la nature de l'alimentation. Depuis trois ans cette malade a présenté plusieurs crises douloureuses dans le bas ventre durant plusieurs jours et l'obligeant à s'aliter. A l'examen on constate de la douleur à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite sans rigidité musculaire. L'examen des selles ne révèle rien d'anormal.

A la radioscopie, on constate un estomac normal avec spasme du pylore passager ; le bulbe duodénal paraît normal. L'estomac est complètement évacué au bout de quatre heures. Six heures après, le cœcum paraît bien rempli. Il fut impossible de discerner l'appendice mais la patiente accusait des douleurs juste au niveau de son embouchure au cœcum qui, lui-même, était très peu mobile lors du passage de la malade de la position debout à la position couchée. Nous conclûmes à une appendicite chronique.

L'opération montra un appendice dans la position habituelle avec des adhérences épaisses, rougeâtres et avec du pus à son extrémité.

Plus rares sont les cas d'appendicite pris pour une cholécystite ou une lithiase biliaire, l'erreur inverse étant beaucoup plus fréquente, comme nous le verrons plus loin.

On peut cependant citer le cas suivant :

OBSERVATION IV. — Mme D..., 26 ans, présentait depuis 3 ans des douleurs intermittentes du côté droit de l'épigastre avec des troubles gastriques après le repas, soulagées par la vacuité de l'estomac — léger ictère sans coloration anormale des selles, pas de nausées.

A l'examen : sensibilité épigastrique, examen des selles négatif, chimisme gastrique normal, leucocytes : 10.000 —

on concluait à une cholécystite chronique. L'examen radiologique fut décidé sans éliminer l'hypothèse d'une lésion gastrique : estomac normal, duodénum normal. Le point sensible était au-dessous du pylore. L'estomac est vidé en quatre heures. Le cœcum est rempli en 14 heures. On constata alors que le cœcum était reporté vers la ligne médiane et immobilisé, l'appendice n'était rempli que partiellement, fixé, douloureux à sa base et pointait vers le haut. Le diagnostic, modifié, fut celui d'appendicite ; l'opération montrait l'intégrité des voies biliaires, et des adhérences nombreuses du cœcum et de l'appendice (très épaissi et stricturé en plusieurs endroits) à la paroi antérieure de l'abdomen au-delà de la ligne médiane, avec des anses intestinales et avec la grande courbure de l'estomac. La guérison fut complète.

Dans d'autres cas, l'exploration radiologique permettra de mettre en valeur la participation fréquente de l'appendice dans les différents états pathologiques que Dieulafoy avait, en raison de leur fréquence, réunis sous le nom « d'appendiculo-cholécystite ». Il permettra aussi, en cas de doute, d'éliminer, par l'absence des signes radiologiques propres que nous résumerons plus loin, le diagnostic de lithiase biliaire et surtout de cholécystite, si difficile quelquefois à faire cliniquement.

Parfois encore on a affaire à un subictère récidivant, et l'on traite en vain le malade pour une cholémie familiale jusqu'au jour où un examen sous écran vient fixer le diagnostic.

Il peut arriver aussi que des sensations pénibles dans la région lombaire accompagnées de douleur à la miction fassent penser à de la lithiase rénale. Leur localisation exacte sous écran après le repas baryté permettra d'attribuer aux points douloureux leur siège exact et de préciser leur rapport, soit avec l'uretère ou le rein, soit avec un appendice plus ou moins anormalement situé. Et voici le résumé d'un examen fait chez un de nos malades suspects de lithiase rénale.

OBSERVATION V. — Germaine B... 30 ans, présentait depuis 6 mois des douleurs dans le bas ventre, à droite, avec alternatives d'amélioration, et irradiation vers les fausses côtes jusqu'à la ligne médiane. La malade accusait en outre des élancements dans la région lombaire avec miction douloureuse. Pas de troubles gastriques ni intestinaux, pas d'ictère. Dysménorrhée ancienne. A la palpation, un certain degré de défense musculaire. La radiographie du rein, faite le 10 août 1922, ne montre pas de calculs. A l'examen radiologique pratiqué ensuite, le pylore et le bulbe duodénal sont normaux. L'évacuation gastrique se fait en 4 heures. Au bout de 6 heures, l'extrémité de la colonne de baryum était à la moitié du colon transverse. Le cœcum était librement mobilisable ; l'appendice, bien rempli, était nettement visible, formant une boucle tournée vers le bas, l'extrémité, dans le pelvis, était dilatée mais non fixée. Le 1/3 supérieur, par contre, présentait une stricture, était peu mobile et douloureux au palper. Au bout de 3 jours, l'appendice restait rempli. Le diagnostic d'appendicite fut posé. L'opération confirma les données radiologiques et donna une guérison complète qui se maintenait encore en décembre 1922.

Quelquefois on a affaire à des malades souffrant en d'autres points que l'appendice, tel le jeune malade dont parlent Laroche et Ronneaux et dont nous résumons ici l'observation.

OBSERVATION VI. — Ce jeune garçon, âgé de 9 ans, présentait, depuis plus d'un an, de temps à autre, de petites crises douloureuses abdominales, avec vomissements et douleurs à la palpation au niveau du colon transverse et de la partie supérieure du colon ascendant. L'examen clinique et radioscopique ne permirent de rien déceler au niveau de l'appendice pendant huit jours. Un jour on put enfin constater un point douloureux dans la zone de Lanz, que l'examen radiologique permit de rapporter à l'insertion de l'appendice sur le cœcum. A l'opération, pratiquée

par M. Gosset, on trouva un appendice très gros, rétracté et fibreux en son milieu, rétro-cœcal ; entouré d'adhérences.

La lésion était certainement déjà ancienne et les troubles constatés pendant cette longue période étaient bien dus à l'appendice, malgré l'absence de points douloureux appendiculaires.

Les mêmes auteurs rapportent aussi un cas d'appendicite chez un malade traité jusqu'ici pour bacillose pulmonaire. Nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'observer deux cas semblables. Il s'agissait de jeunes malades, atteints d'anorexie avec amaigrissement notable, diarrhée passagère, et présentant parfois des poussées thermiques transitoires et irrégulières. On ne trouvait rien d'anormal mais on constatait, à la palpation de la fosse iliaque droite, une zone douloureuse nette.

Dans les deux cas, l'examen sous écran nous permit de diagnostiquer une appendicite chronique.

Après l'opération, les malades reprirent leur poids et virent disparaître tous les symptômes plus haut décrits.

Dans tous ces cas, l'examen radioscopique nous a été d'un précieux secours pour confirmer et même parfois établir un diagnostic d'appendicite chronique.

Dans d'autres cas, au contraire, l'écran nous permettra d'éliminer ce diagnostic fait un peu trop hâtivement d'après les seuls signes physiques et fonctionnels.

Dans la série de malades se plaignant de phénomènes douloureux dans l'abdomen du côté droit, on est frappé, en effet, par la fréquence réelle très grande des cicatrices opératoires d'appendicectomie.

La survivance à l'opération de phénomènes douloureux abdominaux, identiques ou à peine différents, accusés par un grand nombre de ces malades, fait fréquemment classer l'intervention comme inutile et comme un cas de plus à ajouter à la liste de ces « fausses appendicites » sur lesquelles Dieulafoy avait déjà attiré l'attention.

La multiplicité même des formes décrites montre d'ail-

leurs la difficulté du diagnostic. Cependant, un examen radiologique attentif nous permettra d'abord de constater l'absence des signes d'appendicite chronique déjà décrits, ensuite et surtout, de constater les signes propres à l'affection causale.

C'est ainsi que dans les cas de lithiasé biliaire à point douloureux abdominal, on constate le présence d'ombres calculeuses vésiculaires, et dans les cas de cholécystite concomitante, en plus de la douleur au niveau du col de la vésicule, nettement perceptible sous l'écran, on peut mettre en évidence des signes gastriques particuliers, c'est-à-dire : un léger spasme de la portion inférieure de l'œsophage et du pylore, coexistant souvent avec de l'atonie gastrique. La région duodéno-pylorique est nettement à droite de la ligne médiane, attirée vers la vésicule. Le spasme cède au bout de quelques minutes si le malade n'est pas en état de crise de cholécystite, et le vidage se fait très vite, par larges portions. L'estomac est presque toujours, dans ces cas, petit et non ptosé, à l'inverse de ce qui se produit dans les cas de constipation chronique et de stase. Ce type, très caractérisé, d'estomac au cours de la cholécystite est, si fréquent qu'on pourrait l'appeler « type vésiculaire ». Quoi qu'il en soit, sa constatation jointe aux signes propres fournis par la vésicule, suffit dans presque tous les cas à fixer le diagnostic, sans cependant pour cela négliger l'examen de la région appendiculaire car on connaît la fréquente association des deux affections.

La fixité d'un point douloureux abdominal ne suivant pas les mouvements du cœcum au cours des changements de position des malades, non seulement nous permettra d'éliminer le diagnostic d'appendicite chronique, mais encore nous attirera vers un état ovarien ou salpingien possible.

Parfois encore, des points douloureux localisés loin du cœcum ou du colon transverse, pourront être attribués soit à l'épiploon, soit au système sympathique. Les premiers sont doués d'une certaine mobilité et se déplacent

avec la masse intestinale, tandis que les seconds sont fixés dans toutes les positions et ont des repères anatomiques beaucoup plus précis et correspondant d'une façon permanente au trajet des filets et ganglions sympathiques.

Mais c'est surtout à un ensemble de lésions, ayant comme caractère commun de donner lieu, non seulement à un point douloureux au niveau de la fosse iliaque droite, mais encore à de la constipation ou, radiologiquement, à des phénomènes de stase, qu'on a donné le nom de « fausses appendicites ».

Leur diagnostic est souvent malaisé et ce n'est que par l'analyse serrée du faisceau de symptômes et des crises douloureuses, par l'étude du pouls et de la température pendant les crises, par l'examen de la formule sanguine, enfin par l'évolution clinique jointe à l'examen complet aux rayons X, que l'on parviendra à poser, dans la plupart des cas, un diagnostic exact, d'ailleurs indispensable pour indiquer à coup sûr la ligne de conduite thérapeutique.

Aucun symptôme n'étant à lui seul pathognomonique, aucun moyen d'investigation ne peut être négligé et, sans qu'on puisse lui attribuer un rôle exclusif, l'examen à l'écran est souvent la base du diagnostic.

C'est ainsi que la radioscopie nous permet de diagnostiquer une ptose du colon droit, celle-ci étant soit congénitale, soit due à la traction d'un cœco-ascendant mal fixé, ou à un rein ptosé, comme l'ont montré Grégoire, Alglave, Lane, etc. Dans ces cas, on voit un angle colique, se projetant très bas au-dessous de la crête iliaque avec souvent ptose cœco-colique, le cœcum se projetant au niveau de l'anse sigmoïde, près du pubis, et se déplaçant peu dans la position couchée tandis que le colon tend à revenir à sa place normale. On constate, en même temps une grosse dilatation cœcale avec stase cœco-ascendante et souvent stase de l'iléon.

Il peut s'agir encore de périviscérite du carrefour inférieur sans appendicite chronique concomitante, comme cela peut se produire dans les cas de salpingo-ovarite

droite, périmérite, périurétrite, ou bien encore dans les cas de lésions primitives ayant comme point de départ la paroi du colon ascendant (pérityphlite ou typlo-colite primitive) avec, souvent, appendice intact.

Dans ces cas, le cœcum bas, volumineux, inerte dans la station debout, reste fixé lorsqu'on fait passer la malade dans la position couchée, alors que l'angle droit et le colon ascendant remontent de quelques centimètres et que celui-ci semble s'étirer. On constate en même temps un retard à l'évacuation du cœco-ascendant, avec stase. durant jusqu'à 10, 12 heures et plus, après les repas. Enfin, à la palpation sous écran, on peut voir l'absence de mobilité cœcale avec douleur diffuse dans toute la région, sans aucun point douloureux *net* comme dans l'appendicite chronique.

On peut aussi avoir affaire à un cœcum anormalement mobile donnant des douleurs vagues avec crises aiguës dues à des accidents multiples. Sa détermination est assez délicate, puisque nous avons vu que normalement le cœcum pouvait présenter une mobilité variant entre 2 et 6 cm. Cependant quand le déplacement dans les deux sens dépasse 9 à 10 cm., on peut dire, avec Wims, qu'on a affaire à un cœcum anormalement mobile. Il s'ensuit une stase mécanique, avec retard à l'évacuation et dilatation cœcale donnant lieu à une douleur diffuse pouvant simuler une appendicite, dont l'hypothèse sera vite éliminée par l'examen à l'écran qui permet de constater ces signes bien spéciaux s'opposant presque à ceux décrits dans cette affection.

Antoine et de Martel en donnent un bon exemple :

OBSERVATION VII.— Madame B.... âgée de 30 ans, vient à la consultation pour douleur dans la fosse iliaque droite et le flanc droit. Rien dans les antécédents, sauf plusieurs interventions chirurgicales consécutives à un accouchement laborieux. En mars 1920, les douleurs se précisent, deviennent continues jour et nuit, siégeant dans la fosse iliaque

droite et donnant l'impression de « contractions intenses, d'un obstacle au cours des aliments ». Les douleurs sont plus vives lorsqu'elle est couchée que debout. Les troubles digestifs consistent en anorexie, nausées fréquentes le matin au réveil, parfois même des pituites.

Les selles sont normales, quotidiennes. Insomnie, nervosisme, asthénie. A l'examen, la paroi abdominale est très flasque, la palpation réveille une douleur nette dans la région du carrefour supérieur et au point de Mac Burney. On ne perçoit pas le cœcum dans la fosse iliaque droite. Les troubles gastro-intestinaux, les douleurs dans la fosse iliaque droite jointes au faciès pâle et au « masque appendiculaire » font poser par plusieurs médecins le diagnostic d'appendicite chronique.

Le traitement et le régime améliorent rapidement les troubles gastriques, mais les troubles douloureux de la fosse iliaque droite persistent, sourds et continus. A plusieurs reprises l'examen montre la persistance d'un point douloureux net dans la région de Mac Burney.

Examen radiologique pratiqué le 26 mai 1920, en collaboration avec le docteur Bisson.

21 heures après l'ingestion du repas baryté, le gros intestin est rempli du cœcum au 1/3 du transverse.

En position debout, le gros intestin droit a dans son ensemble la forme d'un fer à cheval couché sur le côté et ouvert franchement à gauche. Le cœcum se trouve donc à gauche de la ligne médiane et nettement couché dans la fosse iliaque gauche. A la palpation, il est parfaitement mobile et non douloureux. Enfin, on trouve un point douloureux net dans la fosse iliaque droite.

En décubitus dorsal, le gros intestin se montre dans la même position, mais par la palpation, on arrive très aisément à ramener le cœcum dans la fosse iliaque droite. On ne détermine alors sur le cœco-colon aucun point douloureux à la palpation, mais quand on déplace de nouveau le cœcum vers la fosse iliaque gauche, on réveille une douleur vive qui peut être localisée dans la région

para-ombicale. La douleur semble due à l'étirement d'un méso et non à une appendicite.

L'examen de l'estomac dans les deux positions ne révèle rien d'anormal. En résumé on se trouve en présence d'un cœco-colon anormalement mobile.

Le port d'une sangle, conseillé à la malade, n'amène pas d'amélioration notable.

A la suite de plusieurs crises aiguës, une intervention chirurgicale est décidée et l'opération, pratiquée le 13 octobre 1920 par M. de Martel, montre le cœcum et le colon ascendant absolument libres et flottants dans la cavité abdominale. L'appendice est libre et ne présente aucune lésion apparente.

Citons encore les cas de péricolite membraneuse donnant lieu à une membrane de Jackson. On constate alors à l'écran que le transit du repas opaque est retardé, avec une grosse stase cœcale produisant une dilatation en masse du cœcum et de l'ascendant avec diminution du calibre de la partie supérieure du colon ascendant et de l'angle colique droit d'aspect plus ou moins irrégulier.

En même temps on constate à la palpation profonde une fixité relative du colon ascendant et de l'angle droit. Quelquefois, l'appendice lui-même est fixé, mais sa palpation ne provoque alors aucune douleur.

Et à ce propos nous résumons ici l'observation suivante, de M. Grégoire :

OBSERVATION VIII. — J..... âgée de 23 ans, présente des douleurs dans le ventre surtout localisées au côté droit, accompagnées d'amaigrissement. Le teint est pâle, la malade est constipée depuis son enfance. On pense à l'existence d'une appendicite chronique. Aucun antécédent bien important à signaler jusqu'à 20 ans, sauf santé précaire, lassitude, pâleur, fatigue au moindre effort. A la suite d'un régime sévère, la malade éprouvait pendant quelques mois une amélioration notable, puis la constipation revenait, plus tenace et avec elle des douleurs dans

le côté droit du ventre avec alternatives de diarrhée.

A partir de 20 ans, la malade commença à maigrir. Elle avait cependant conservé son appétit mais son côté droit la faisait souvent souffrir. En février 1918, la maigreur et la lassitude devinrent plus inquiétantes, l'estomac, jusque-là parfait, devient douloureux après les repas. Elle a de l'inappétence. Elle éprouve des douleurs sourdes dans le côté droit du ventre, avec des poussées plus aigües de temps à autre.

A l'examen clinique, le ventre est plat, douloureux spontanément et à la pression de toute la fosse iliaque droite, sans point particulièrement précis. En regardant à jour frisant, on remarque un léger soulèvement de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. A la percussion : sonorité tympanique de toute la région cœcale. La palpation dénote d'ailleurs un cœcum gros, distendu, à paroi épaisse.

Le lavement bismuthé de 1700 cm. montre un colon descendant et un colon transverse normaux, bien que l'angle splénique soit extrêmement prononcé.

Le colon droit dessine, sur la plaque, une tache noire énorme, oblongue, à contour net et sans bosselures. La largeur du colon droit est deux fois celle du colon transverse. Celui-ci, dans sa partie droite, s'accole en canons de fusil à la partie haute du colon droit. Dans l'ensemble, le colon transverse dessine la barre transversale d'un H majuscule dont les deux colons latéraux seraient les montants.

La malade est opérée le 4 septembre, et l'on constate alors la présence d'un cœcum normal mais dilaté, colon ascendant fortement coudé au niveau de l'angle hépatique englobé dans la partie droite du grand épiploon anormalement développé. Vers la partie inférieure du colon droit, celui-ci se réduit à une mince membrane pellucide parallèle à l'axe de l'intestin. Le cœcum est libre.

Enfin, mais plus rarement, on peut constater de la périviscérite du carrefour supérieur dûe, soit à une lésion

de la vésicule biliaire, soit à un ulcus duodéno-pylorique, soit à une tuberculose ou à une syphilis péritonéale. Dans ces cas, en plus du retard dans le transit cœco-colique avec stase iléo-cœcale et dilatation du cœco ascendant, on constate, comme d'ailleurs dans la cholécystite, que l'angle colique droit, souvent coudé et attiré en haut, est fixé à la face inférieure du foie, tandis que l'estomac est attiré en bas et à droite, de telle sorte que l'ensemble de l'angle colique droit est étroitement soudé au pylore, à la face inférieure du foie et au duodénum. A la palpation profonde, on provoque en même temps une douleur au même niveau lorsqu'on essaie de dissocier les anses intestinales. Là encore, seul un examen radioscopique attentif nous permettra d'arriver à un diagnostic exact, malgré l'existence de symptômes pouvant souvent simuler une appendicite chronique.

CONCLUSIONS

L'examen radiologique, fait dans certaines conditions de technique bien déterminées, doit être considéré comme complément indispensable de toute étude clinique chez un malade suspect d'appendicite chronique.

Il permettra, en effet, par la recherche de certains signes particuliers, et notamment par la localisation exacte du point douloureux et la recherche sous écran de la mobilité cœcale :

1°. Soit de confirmer un diagnostic souvent douteux, dont dépendra toute la conduite médico-chirurgicale ;

2°. Soit encore, et surtout, de ramener à leur véritable cause un ensemble de symptômes plus ou moins diffus et plus ou moins complexes qui, par leur présence, pouvaient faire penser à des lésions d'appendicite chronique, et par là même d'éliminer ce diagnostic.

Vu : Le président de la thèse,

ROGER

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ANTOINE : La sciatique appendiculaire. (Gazette des Hôpitaux, 3 mars 1922).
- BABINSKY, ENRIQUEZ et GASTON DURAND : Pseudo-coxalgie et appendicite. (Soc. méd. des Hôp., 18 juillet 1913).
- BÉCLÈRE : Société médicale des Hôpitaux, novembre 1903.
- BONNEAU : Contribution au diagnostic et appendicites non aiguës. (Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris 1917).
- BRIN : L'appendicite chronique d'emblée. (Gazette des Hôpitaux, 6 mars 1909).
- CHASE : A new test for the differential diagnosis of appendicites. (Journal of the Améric. méd. Assoc. 22 février 1908).
- COHAR : Appendicites larvées. (Thèse de Paris 1901).
- DESTESNE et BAUDON : Valeur de la radiographie dans le diagnostic de l'appendicite (Journal de diététique, 20 avril 1914).
- DIEULAFOY : Clinique de l'Hôtel-Dieu : Leçon 16.
- DUPUY DE FRENELLE : Le diagnostic de l'appendicite chronique et sa confirmation par la radiologie. (Union médicale du Canada, Montréal 1918).
- Les signes de probabilité et de certitude de l'appendicite chronique. (Bulletin et mémoires de la Société de médecine de Paris, n° 10, 1920).
- GASTON DURAND et E. BINET : Appendicite et cholélithiase. (Monde médical).
- ENRIQUEZ et GUTTMANN : La sciatique appendiculaire. (Société médicale des Hôpitaux, 27 juin 1913).

- Les fausses coxalgies appendiculaires. (Société médicale des Hôpitaux, 18 juillet 1913).
- ENRIQUEZ : Les séquelles de l'appendicectomie (Acad. de méd. 16 mars 1920 et journal de méd. et de chirurg. 10 juin 1920).
- ENRIQUEZ et GASTON DURAND : Article « Intestin » de la pratique médico-chirurgicale.
- FLEIG : Contribution radiologique au diagnostic de l'appendicite chronique. (La vie médicale, 23 décembre 1921.)
- EMILE GIROU : L'appendicite chronique pure (Thèse de Paris 1912).
- GONZALEZ CAMPO et GONZALEZ CAMPO DE COZ : Radio-diagnostic de l'appendicite (Los progressos de la clinica, 22 mai 1919).
- GOURCEROL : Radiographie de l'appendicite. (Thèse de Paris 1912).
- GRÉGOIRE : Péricolite membraneuse et appendicite chronique. (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition T. X n° 3).
- Dilatation douloureuse du colon droit et appendicite chronique. (Archives des maladies du tube digestif 1920).
- Les pseudo-appendicites chroniques. (Paris médical, 10 mai 1919).
- Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (28 juillet 1920).
- GUINARD : De l'appendicite. (Société de chirurgie, janvier 1904).
- Les appendicites méconnues. (Journal des praticiens 19 décembre 1903).
- GUTTMANN : Formes à surprises de l'appendicite chronique. (Thèse Paris 1914).
- L'examen d'une appendicite chronique. (L'Hôpital, mai 1922).
- Des formes à surprises de l'appendicite chro-

nique et des moyens de les diagnostiquer. (La médecine pratique. Décembre 1920).

L'asthme appendiculaire. (Presse médicale, 3 nov. 1920).

HUMPHRY : Dyspepsie et autres symptômes associés de la vésicule biliaire ou de l'appendice. (The British Medical-journal. 6 mars 1920).

JAISSON : La radiographie de l'appendice (Revue médicale de l'Est, 15 déc. 1919).

KLEMM : Ueber die chronische form der appendixe.

LAROCHE, BRODIN et RONNEAUX : Etude critique de l'appendicite chronique. (Presse médicale, 8 avril 1922).

LEBON : Diagnostic radiologique de l'appendicite chronique. (La clinique n° 8. Février 1914).

LEJARS : Les points douloureux appendiculaires (Semaine médicale, 11 mars 1900).

DE MARTEL et ED. ANTOINE : Les fausses appendicites (Masson éd. 1922).

MONTAIS : L'appendicite chronique d'emblée (Thèse de Paris 1900).

GEORGE E. P. PHAHLER : Les rayons X dans le diagnostic de l'appendicite. (The america Journal of Roentgenology, février 1919).

ROSSWELL PETIT : Les rayons X dans le diagnostic de l'appendicite chronique. (Archives of Radiology and Electro-thérapie, avril 1917).

RIEDER : L'exploration de l'appendice dans l'appendicite. (Munschner Medizinische Wochenschrift, n° 27, 1914.)

SPRIGGS : Examen radiologique de l'appendice. (Archives of radiology and Electrothérapie, mars 1919).

— The examination of the vermiform appendix by x-rays (Lancet London, 1919. Proc. Roy. Soc. med. Lond. 1918-1919. Sect. Electrothérapie).

TESTUT et JACOB : Anatomie topographique.

WAGON : L'appendicite chronique d'emblée (Thèse de Paris, 1904-1905).

WALTHER : Société de chirurgie. (Février-Mars 1900 et 1904).

ALBERT WEIL : Eléments de radiologie. (éd. 1920).

